Rapport d'évaluation du

Bureau d'évaluation médicale

Ministère du Travail

2 avril 2001

Québec

Dépôt légal - Bibliothèque nationale du Québec, 2001
ISBN 2-550-37409-6

102-05146/

TABLE DES MATIÈRES

Sommaire i

1. Introduction 1

2. Présentation du Bureau d'évaluation médicale 2

2.1 Le Bureau d'évaluation médicale 2

2.2 Les fonctions du membre du BEM 3

2.3 La mission 4

2.4 Les ressources humaines 4

2.5 Les ressources budgétaires 5

2.6 Les demandes d'évaluation médicale 5

2.7 Le lien avec le CCTM 7

2.8 Le lien avec la CSST 7

3. Obligation de faire rapport sur le BEM 8

3.1 Rappel des critiques sur le BEM faites en commission parlementaire en 1997 8

3.2 L'obligation de faire rapport sur le BEM 8

4. Mesures administratives proposées en 1997 10

4.1 Répartir plus également les dossiers entre les membres du BEM 10

4.2 Implanter une grille d'évaluation des avis des membres 16

4.3 Implanter un mécanisme de rétro-information pour les membres du BEM à la suite des décisions prises par la CLP 16

4.4 Élaborer un programme de formation continue pour les membres afin d'améliorer la qualité de leurs avis 17

4.5 Améliorer les rapports humains entre les médecins experts et les travailleurs et travailleuses accidentés 17

4.6 Prévoir l'utilisation de centres médicaux spécialisés pour déterminer dans certains cas les déficits anatomo-physiologiques sérieux et les limitations fonctionnelles 19

4.7 Développer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs concernant l'évaluation des membres du BEM et le BEM lui-même comme organisme 20

4.8 Définir des critères d'assignation des dossiers aux membres du BEM 24

Résumé 25

5. Plan stratégique 26

6. Conclusion 28

Tableaux et graphiques

Graphique 1 – Répartition des demandes d'évaluation selon le demandeur de 1992 à 2000 6

Tableau 1 – Répartition des avis entre les membres (1er janvier au 31 décembre) 11

Graphique 2 – Répartition des demandes d'évaluation selon le demandeur en 2000 13

Tableau 2 – Délai opérationnel moyen de traitement et nombre de demandes de 1994 à 2000 24

Annexes

Annexe I – Questionnaire de satisfaction de la clientèle

Annexe II – Tableau 3 – Répartition de 1124 avis du BEM en fonction des sujets de l'article 212 de la LATMP selon les décisions rendues par la CLP

Annexe III – Tableau 4 – Répartition de 1124 avis du BEM selon les décisions rendues par la CLP

Sommaire

En juin 1997, la *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives* est sanctionnée, et l'article 68 prévoit que le ministre du Travail doit faire au gouvernement un rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale (BEM).

Le Bureau d'évaluation médicale (BEM) a été institué en juin 1992 et remplace l'arbitrage médical qui existait depuis 1985. Ses membres ont pour fonction de donner leur avis lorsqu'il y a une divergence d'opinions entre le médecin qui a charge du travailleur et le professionnel de la santé désigné par la CSST ou l'employeur relativement à l'un ou l'autre des cinq sujets mentionnés à l'article 212 de la *Loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles* (LATMP). Ses conclusions lient la CSST qui rend des décisions en conséquence. La mission du BEM est de produire des avis médicaux de qualité, tout en respectant les délais prescrits par la loi.

Lors des audiences publiques tenues dans le cadre du projet de loi n° 79, le BEM a été critiqué et a proposé huit mesures administratives pour améliorer son fonctionnement.

Pour répartir plus également les dossiers entre les membres, le BEM s'était fixé comme objectif d'éviter que des membres produisent plus de 405 avis par année. Cependant, le BEM, en raison d'une augmentation de demandes d'évaluation médicale au cours des dernières années (huit pour cent de plus en 2000), de la perte de dix-neuf membres depuis 1998, de l'absence prolongée de trois membres en 2000 et de contraintes liées à l'ajout de nouveaux membres sur la liste des professionnels de la santé a dû utiliser les membres les plus disponibles pour respecter ses délais, et n'a pas encore atteint cet objectif. Le BEM n'a pas abandonné cet objectif et sollicitera, si la demande se maintient de nouveaux candidats.

Dans le but d'améliorer la qualité de ses avis, le BEM a privilégié les quatre mesures suivantes :

- le programme de contrôle de la qualité des membres a été amélioré à l'aide d'une nouvelle grille et des ressources externes ont été utilisées pour permettre d'évaluer un plus grand nombre d'avis;

- le programme de formation continue des membres a été poursuivi avec deux sessions de formation par année. Le Collège des médecins du Québec a apporté sa collaboration à la préparation d'ateliers de formation qui ont eu lieu au cours de l'automne 2000. Les formations sont orientées en fonction des lacunes mises en évidence par le programme de contrôle de la qualité des avis des membres et de l'analyse des décisions de la CLP;

- dans le cadre du mécanisme de rétro-information des décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles concernant les avis du BEM, la direction a remis aux membres concernés les décisions les plus pertinentes pour leur permettre d'apprécier comment le tribunal administratif traite des questions médicales. Les décisions d'intérêt général ont été remises à l'ensemble des membres;

- les critères d'assignation des membres ont également été modifiés. En plus d'assigner les dossiers en fonction de la disponibilité des membres et de leur spécialité, les dossiers plus complexes sont confiés à des membres possédant une expertise dans un champ spécialisé ou à des membres procédant à l'évaluation en comité, comme l'article 218 de la LATMP le permet.

Par ailleurs, la mesure prévoyant l'utilisation de centres médicaux spécialisés pour les cas présentant des déficits anatomo-physiologiques sérieux et des limitations fonctionnelles n'a pas été utilisée. En pratique, le membre ne peut que suggérer au médecin traitant l'utilité de ce genre d'évaluation. Dans les faits, le BEM a géré ce type de problème en assignant le dossier de ces travailleurs à des membres possédant une expertise dans un champ spécialisé ou à des comités.

En ce qui concerne l'amélioration des rapports humains, les membres du BEM ont été sensibilisés à l'obligation d'entretenir des relations harmonieuses avec les travailleurs. À cette fin, ils ont collaboré avec le BEM à l'élaboration de deux questionnaires sur la satisfaction des travailleurs et travailleuses à l'endroit du processus d'évaluation médicale. Le premier a été finalisé en mars 2000 et les résultats ont été transmis aux membres. Le second aura lieu au cours de l'année 2001 et portera sur les aspects douloureux liés à l'utilisation des manœuvres d'évaluation.

Le BEM a également mis en place des indicateurs, pour mesurer le taux de maintien des avis du BEM concernés par les décisions rendues par la CLP, pour identifier les causes de renversement des avis des membres et voir si la qualité des avis s'améliore au fil des ans.

Les résultats montrent que les avis du BEM sont maintenus à 58,5 % et que la qualité des avis s'est améliorée depuis 1997. Cependant, en ce qui regarde le délai de traitement des avis, celui-ci a augmenté en raison du manque de disponibilité des membres et de la pénurie de personnel de soutien. Il est passé de 18,3 jours en 1999 à 19,2 jours en 2000.

La plupart des mesures administratives ont été mises en place et se sont montrées efficaces pour améliorer la qualité des avis médicaux. La direction du BEM utilisera les moyens à sa disposition, pour éviter que des membres produisent plus de 405 avis par année et pour réduire les délais de traitement des avis médicaux.

La direction du BEM a intégré ses objectifs à ceux du plan stratégique du ministère du Travail et elle entend privilégier les mesures les plus efficaces pour offrir à sa clientèle des avis médicaux de haute qualité.

1. Introduction

Le 12 juin 1997, *la Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives*[1] a été sanctionnée. L'article 68 de cette loi prévoit que le ministre doit faire au gouvernement un rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale (BEM), et que ce rapport doit faire *état notamment des résultats obtenus par le Bureau à la suite de la mise en application des mesures prises depuis l'entrée en vigueur de la présente loi, afin d'en améliorer le fonctionnement.*

Avant 1997, à la suite de l'analyse de décisions provenant des Bureau de révision paritaire, le BEM avait déjà mis en application des mesures concernant la formation des membres et le contrôle de la qualité de leurs avis. C'est d'ailleurs à partir des résultats de cette analyse et des critiques formulées lors de l'étude du projet de loi, que le BEM a mis en place huit mesures administratives pour améliorer son fonctionnement.

Après avoir rappelé le contexte dans lequel le BEM se situe et évolue, nous ferons état de l'avancement de l'application des mesures administratives et de leurs effets obtenus jusqu'à présent. Nous présenterons également notre plan d'action qui fait partie intégrante du plan stratégique du ministère du Travail.

---

[1] Projet de loi n° 79 (devenu le chapitre 27 des lois de 1997), *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives.*

2. Présentation du Bureau d'évaluation médicale

2.1 Le Bureau d'évaluation médicale

En juin 1992, le projet de loi n° 35[2] modifie la procédure d'évaluation médicale. Le 1er novembre 1992, les modifications apportées à l'article 216 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP) entrent en vigueur. Un Bureau d'évaluation médicale (BEM) est institué. Ce Bureau remplace le Service d'arbitrage médical qui existait depuis 1985.

Le nouvel article 216 de la LATMP énonce que le Conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre (CCTM), sur recommandation des ordres professionnels concernés, soumet annuellement au ministre, avant le 15 mars, une liste des professionnels de la santé qui acceptent d'agir à titre de membres du BEM.

Il est prévu que le ministre peut ajouter à cette liste le nom d'autres professionnels de la santé, et qu'à défaut par le CCTM de soumettre une telle liste, le ministre la dresse lui-même.

C'est à partir de cette liste de professionnels de la santé que le ministre désigne un membre du BEM, lorsque la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) lui soumet une contestation[3].

Si un dossier est complexe, le ministre (ou la personne qu'il désigne) peut nommer plus d'un membre du BEM pour agir[4].

En 1997, le projet de loi n° 79 modifie de nouveau le processus d'évaluation médicale du travailleur ou de la travailleuse victime d'une lésion professionnelle.

En vertu des articles 205.1 et 212.1 de la LATMP, le médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse a maintenant la possibilité, dans les 30 jours de la date de réception du rapport du professionnel de la santé de l'employeur ou de la CSST qui infirme ses conclusions, de produire un *rapport complémentaire* en vue d'étayer ses conclusions et d'y joindre, s'il le juge nécessaire, un rapport de consultation motivé du professionnel de la santé de son choix.

---

[2] Projet de loi n° 35 (devenu le chapitre 11 des lois de 1992), *Loi modifiant la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et la *Loi sur l'assurance maladie*, sanctionnée le 17 juin 1992.

[3] Les contestations prévues aux articles 205.1, 206 et 212.1 de la LATMP.

[4] Il en est ainsi depuis les modifications apportées à l'article 218 de la LATMP par le projet de loi n° 79.

Si le médecin qui a charge du travailleur se rallie à la position du professionnel de la santé désigné par la CSST ou par l'employeur, aucune procédure de contestation menant au BEM n'est engagée.

Lorsque les divergences d'opinions entre les professionnels de la santé demeurent, la procédure de contestation suit son cours et la CSST soumet tous les rapports au BEM incluant, le cas échéant, le *rapport complémentaire*. Si une information médicale plus complète est fournie grâce au *rapport complémentaire*, cela permet d'améliorer la qualité de l'information soumise au membre du BEM.

2.2 Les fonctions du membre du BEM

Les fonctions du membre du BEM sont définies, entre autres, à l'article 221 de la LATMP qui s'énonce comme suit :

> « Le membre du Bureau d'évaluation médicale, par avis écrit motivé, infirme ou confirme le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur et du professionnel de la santé désigné par la Commission ou l'employeur, relativement aux sujets mentionnés aux paragraphes 1 à 5 du premier alinéa de l'article 212[5], et y substitue les siens, s'il y a lieu.
>
> Il peut aussi, s'il l'estime approprié, donner son avis relativement à chacun de ces sujets, même si le médecin qui a charge du travailleur ou le professionnel de la santé désigné par l'employeur ou la Commission ne s'est pas prononcé relativement à ce sujet. »

---

[5] L'article 212 de la LATMP se lit comme suit :

« L'employeur qui a droit d'accès au dossier que la Commission possède au sujet d'une lésion professionnelle dont a été victime un travailleur peut contester l'attestation ou le rapport du médecin qui a charge du travailleur, s'il obtient un rapport d'un professionnel de la santé qui, après avoir examiné le travailleur, infirme les conclusions de ce médecin quant à l'un ou plusieurs des sujets suivants :

1. Le diagnostic;
2. La date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
3. La nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
4. L'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
5. L'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur. »

La loi prévoit que le membre du BEM procède à cette évaluation médicale en étudiant le dossier soumis par la CSST, et s'il le juge à propos, en examinant le travailleur. En pratique, dans la plupart des cas, le membre procède à l'examen du travailleur[6]. Il doit cependant examiner le travailleur, si celui-ci le lui demande.

À partir de la date de l'évaluation médicale, le membre du BEM a 30 jours pour produire son avis, dont il expédie une copie à la CSST, aux parties et aux professionnels de la santé concernés.

Lorsqu'un membre du BEM rend un avis dans le délai prescrit par la loi, la CSST est liée par cet avis et rend une décision en conséquence.

2.3 La mission

Dans le cadre de la procédure d'évaluation médicale et du mécanisme de contestation prévus à la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, la mission du Bureau d'évaluation médicale est d'offrir aux parties, à la CSST, ainsi qu'aux professionnels de la santé concernés, des avis médicaux motivés et de qualité, en respectant le délai de 30 jours prescrit par la loi.

2.4 Les ressources humaines

- **Les effectifs du BEM**

Pour l'année financière 2000-2001, les effectifs autorisés du BEM sont de seize employés.

Les bureaux du BEM sont situés dans les locaux du ministère du Travail, à Montréal et à Québec. Le personnel du bureau de Montréal comprend douze personnes, incluant un médecin-conseil, une attachée d'administration et dix employées de soutien administratif. Le personnel du bureau de Québec est composé de quatre personnes, incluant le médecin-conseil qui assume la direction du BEM et trois employées de soutien administratif.

- **Les membres du BEM**

La liste des membres pour l'année 2000-2001 est composée de 78 noms de professionnels de la santé provenant de différentes spécialités médicales. Il y en a 36 au bureau de Québec et 42 à celui de Montréal.

---

[6] En l'absence du travailleur, le membre peut produire un avis sur dossier.

En l'an 2000, les membres spécialisés en neurologie, orthopédie, physiatrie, plastie et rhumatologie, produisant des avis pour les lésions touchant le système neurologique et musculo-squelettique, ont effectué 96 % des évaluations médicales. À eux seuls, les orthopédistes ont effectué 82 % de l'ensemble de ces évaluations.

2.5 Les ressources budgétaires

- **Le budget**

Le budget du BEM pour l'année civile 2000[7] est de 1 548 M$.

La masse salariale représente 1 M$, les loyers 232 000 $, et le solde est alloué aux autres dépenses de fonctionnement.

C'est la CSST qui accorde les crédits nécessaires au fonctionnement du BEM. Les prévisions budgétaires sont présentées à la CSST le 15 novembre de chaque année et cette dernière les approuve pour le 31 décembre.

- **La rémunération des membres du BEM**

Les services rendus par les membres du Bureau d'évaluation médicale sont payés par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), conformément aux ententes intervenues dans le cadre de l'article 19 de la *Loi sur l'assurance-maladie* (L.R.Q., c. A-29). La CSST rembourse à la RAMQ le coût des services visés à l'article 196 de la LATMP.

Des honoraires de 325 $ par expertise sont versés aux membres pour la production d'un avis et des honoraires de 150 $ ou de 200 $ peuvent s'ajouter en raison de la complexité d'un dossier.

2.6 Les demandes d'évaluation médicale

Depuis sa création en 1992, comme le montre le graphique I, le BEM a reçu entre 8 000 et 10 000 demandes d'évaluation médicale par année.

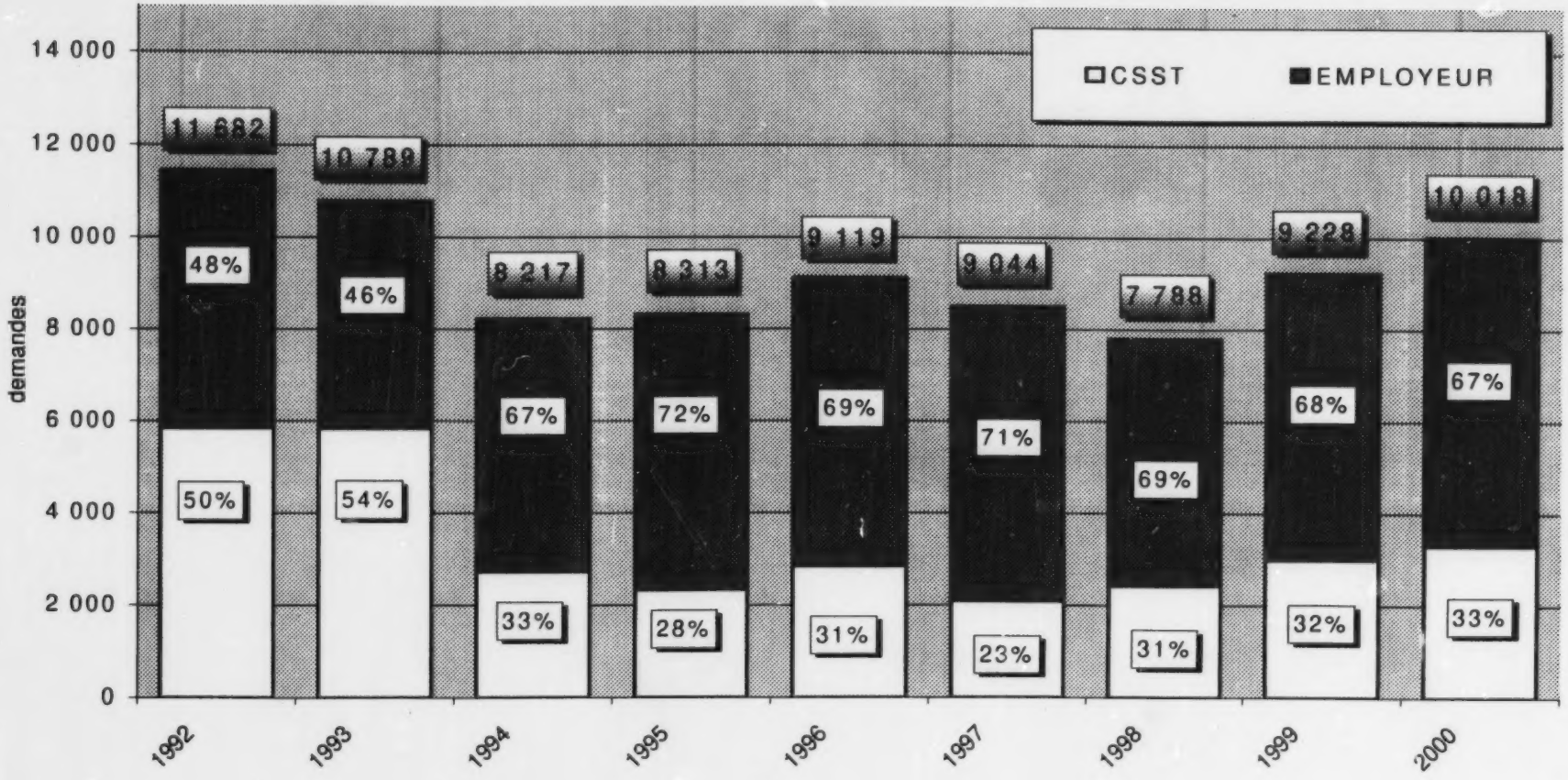
Avec l'entrée en vigueur, le 1er avril 1998, des articles 205.1 et 212.1 de la LATMP, la CSST attend que se soit écoulé le délai de 30 jours, accordé au médecin qui a charge du travailleur, pour produire un *rapport complémentaire* avant de soumettre la demande d'évaluation au BEM. En 1998, cette pratique a eu une incidence sur le nombre de demandes qui a diminué à 7 788. En 1999, leur nombre s'établissait à 9 228 et en l'an 2000, il a augmenté à 10 018, en hausse de 8,6 %.

---

[7] Le BEM, comme la CSST, utilise l'année civile comme année budgétaire.

Répartition des demandes d'évaluation selon le demandeur de 1992 à 2000

Graphique 1



2.7 Le lien avec le CCTM

Le CCTM a la responsabilité de soumettre, au ministre du Travail, une liste de professionnels de la santé qui acceptent d'agir à titre de membres du BEM et qui ont été recommandés par les ordres professionnels concernés.

La collaboration qui existe entre la direction du Bureau et le CCTM permet d'accueillir comme membres des professionnels de la santé compétents et impartiaux. De son côté, la direction s'assure de préserver l'impartialité et l'indépendance des membres et de contrôler la qualité de leurs avis.

Les rencontres avec le CCTM permettent de faire le point sur le fonctionnement administratif du BEM et d'aborder différents sujets tels que la sélection des professionnels de la santé, la formation et le contrôle de la qualité des avis des membres et les délais de traitement des avis.

Signalons aussi qu'en décembre 1999, la question de l'utilisation du pouvoir discrétionnaire des membres du BEM[8] a été discutée au CCTM. Par la suite, les membres du BEM ont élaboré en atelier un *Guide de réflexion sur le pouvoir discrétionnaire des membres du BEM*, qui a été présenté au Conseil par le Bureau.

2.8 Le lien avec la CSST

Les échanges avec la CSST visent notamment à améliorer la qualité des informations contenues sur le formulaire de demande d'évaluation médicale et à s'assurer que le dossier transmis est complet. Ils visent également à s'assurer que l'avis que le BEM transmet à la CSST soit suffisamment compréhensible et précis pour lui permettre de prendre des décisions qui s'imposent sur le plan médico-légal.

Actuellement, dans le cadre de la réorganisation de son système informatique, le BEM collabore avec la CSST dans le but d'améliorer la qualité des informations transmises sur les demandes d'évaluation médicale et d'utiliser un lien électronique pour leur transmission. Ceci permettra notamment d'éviter la retranscription manuelle des données servant à constituer le dossier du BEM et de réduire les délais opérationnels.

---

[8] Le pouvoir discrétionnaire est conféré au membre du BEM par le deuxième paragraphe de l'article 221 de la LATMP.

3. L'obligation de faire rapport sur le BEM

3.1 Rappel des critiques sur le BEM faites en commission parlementaire en 1997

Lors des audiences publiques tenues dans le cadre de l'étude du projet de loi n° 79, *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives*, des reproches ont été formulés à l'égard de certains membres du BEM concernant le manque d'éthique (propos déplacés), les examens médicaux trop courts et la douleur causée lors de l'évaluation médicale.

On a recommandé de faire un meilleur choix parmi les professionnels de la santé, de mieux les former, de voir à ce que la formation tienne compte des courants jurisprudentiels de la CLP, d'évaluer le travail de chaque membre, de mieux assigner les dossiers et de les répartir plus également entre les membres.

Enfin, on a demandé au BEM de produire un rapport qui ferait état des résultats obtenus à la suite de l'application des mesures administratives mises en place afin d'en améliorer le fonctionnement.

3.2 L'obligation de faire rapport sur le BEM

Le ministre du Travail doit déposer un rapport d'évaluation, comme il est prévu à l'article 68 de la *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives*. On peut lire à cet article :

> *« 68. Le ministre doit faire au gouvernement un rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale institué par l'article 216 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., c. A-3.001).*
>
> *Ce rapport fait état notamment des résultats obtenus par le Bureau à la suite de la mise en application des mesures prises depuis l'entrée en vigueur de la présente loi, afin d'en améliorer le fonctionnement.*
>
> *Ce rapport est déposé par le ministre dans les 15 jours suivants à l'Assemblée nationale, ou, si elle ne siège pas, dans les 15 jours de la reprise de ses travaux.*
>
> *La commission compétente de l'Assemblée nationale examine ce rapport. »*

Bien que l'article 68 de la loi ne fasse pas mention d'une échéance précise pour la production du rapport, l'intention originale du gouvernement était que ce rapport soit produit trois ans après l'entrée en vigueur des modifications législatives concernant le BEM[9].

Le ministre du Travail d'alors, monsieur Matthias Rioux, souhaitait que le rapport porte sur les mesures adoptées par le BEM, mais aussi sur « les questions des expériences pilotes et les cliniques multidisciplinaires ». Pour le ministre, il ne fallait pas interpréter le deuxième alinéa de l'article 68 de façon limitative[10].

Le ministère du Travail et le Bureau d'évaluation médicale ne se considèrent cependant pas en mesure de faire rapport sur les expériences pilotes et les cliniques multidisciplinaires, puisque cette problématique relève davantage de la compétence de la CSST[11].

---

[9] Lors des discussions qui ont eu lieu sur le projet de loi, un délai de trois ans était prévu pour la remise du rapport.

[10] Transcriptions des débats de la Commission de l'économie du travail, 3 juin 1997, 12 h 23.

[11] Lors de la commission parlementaire, on faisait surtout référence à l'étude du D[r] Patrick Loiselle et de ses collaborateurs, intitulée *La clinique des maux de dos : un modèle de prise en charge, en prévention de la chronicité*, publiée par l'IRSST, en mai 1996.

4. Mesures administratives proposées en 1997

À la suite des audiences publiques concernant le projet de loi n° 79, la direction du BEM a mis en place ou poursuivi, selon le cas, les huit mesures administratives suivantes :

- répartir plus également les dossiers entre les membres du BEM;
- améliorer la grille d'évaluation des avis des membres;
- implanter un mécanisme de rétro-information pour les membres du BEM à la suite des décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles;
- poursuivre le programme de formation continue pour les membres afin d'améliorer la qualité de leurs avis;
- améliorer les rapports humains entre les médecins experts et les travailleurs accidentés;
- prévoir l'utilisation de centres médicaux spécialisés pour déterminer, dans certains cas, les déficits anatomo-physiologiques sérieux et les limitations fonctionnelles;
- développer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs concernant l'évaluation des membres du BEM et le Bureau lui-même comme organisme;
- définir des critères d'assignation des dossiers aux membres du BEM.

Chacune de ces mesures est reprise ci-dessous afin de rendre compte des résultats obtenus après avoir mis en place des moyens pour leur réalisation.

4.1 Répartir plus également les dossiers entre les membres du BEM

Dans le but d'éviter qu'il y ait des concentrations de dossiers entre les mains d'un petit nombre de professionnels de la santé, la direction du BEM s'est fixé un objectif en vue d'éviter qu'un membre produise plus de 405 avis par année.

TABLEAU 1

RÉPARTITION DES AVIS ENTRE LES MEMBRES (1er janvier au 31 décembre)

Année	Avis produits	Membres	Nombre de membres ayant produit (par année)		
			0 à 135 avis	136 à 405 avis	plus de 405 avis
1996	8 903	108	82	24	2
1997	8 785	98	75	20	3
1998	7 535	88	67	17	4
1999	8 900	85	60	22	3
2000	9 327	80	54	21	5

Le tableau 1 présente la répartition des avis produits depuis cinq ans. Selon les disponibilités accordées par les membres, ceux-ci ont été répartis en trois groupes.

Le premier groupe comprend les membres qui produisent 135 avis et moins par année. En réalité, on retrouve parmi eux des membres généralement plus jeunes qui ont une activité médicale plus orientée vers le traitement de patients. Ces professionnels de la santé sont disponibles pour faire trois évaluations médicales ou moins par semaine.

Dans ce premier groupe, il y a une trentaine de membres sur appel qui exercent dans des spécialités médicales et chirurgicales, comme la dermatologie ou l'urologie, et pour lesquelles les demandes sont sporadiques.

Le deuxième groupe est composé d'une vingtaine de membres qui accordent des disponibilités pour faire plus de trois évaluations médicales par semaine. Certains membres accordent jusqu'à une journée et demie de disponibilité par semaine, à raison de trois évaluations par demi-journée. Sur une période de 45 semaines, cela peut représenter jusqu'à 405 évaluations par année.

Enfin, il y a un troisième groupe de deux à cinq membres qui produisent plus de 405 avis par année. Ce sont les membres qui acceptent d'accorder des disponibilités supplémentaires.

En 1997 et 1998, le BEM a rappelé les membres qui avaient cessé d'accorder des disponibilités pour produire des avis : deux membres ont répondu à l'appel, d'autres n'étaient plus intéressés par cette fonction et n'ont pas été réinscrits par le CCTM sur la liste annuelle des professionnels de la santé soumise au ministre.

Depuis 1998, onze nouveaux membres présentés au CCTM par le BEM ont été ajoutés à la liste. Pendant ce temps, dix-neuf membres quittaient le BEM en raison de maladie, de départs à la retraite ou à la suite du processus de contrôle de qualité.

Pour les années 1996, 1997 et 1998, le nombre moyen de demandes d'évaluation médicale s'est situé à un peu plus de 9 000, mais il y a eu une réduction progressive du nombre de membres. En 2000, il y a eu une augmentation importante du nombre de demandes : cinq membres ont accordé au BEM des disponibilités supplémentaires et ont ainsi produit plus de 405 avis.

Fluctuations du nombre d'évaluations médicales au cours d'une année, et d'une année à l'autre

Le nombre d'évaluations médicales mensuelles à faire varie d'un mois à l'autre : 306 à 931 en 1998, et 521 à 1 012 en l'an 2000, tel qu'illustré dans le graphique 2.

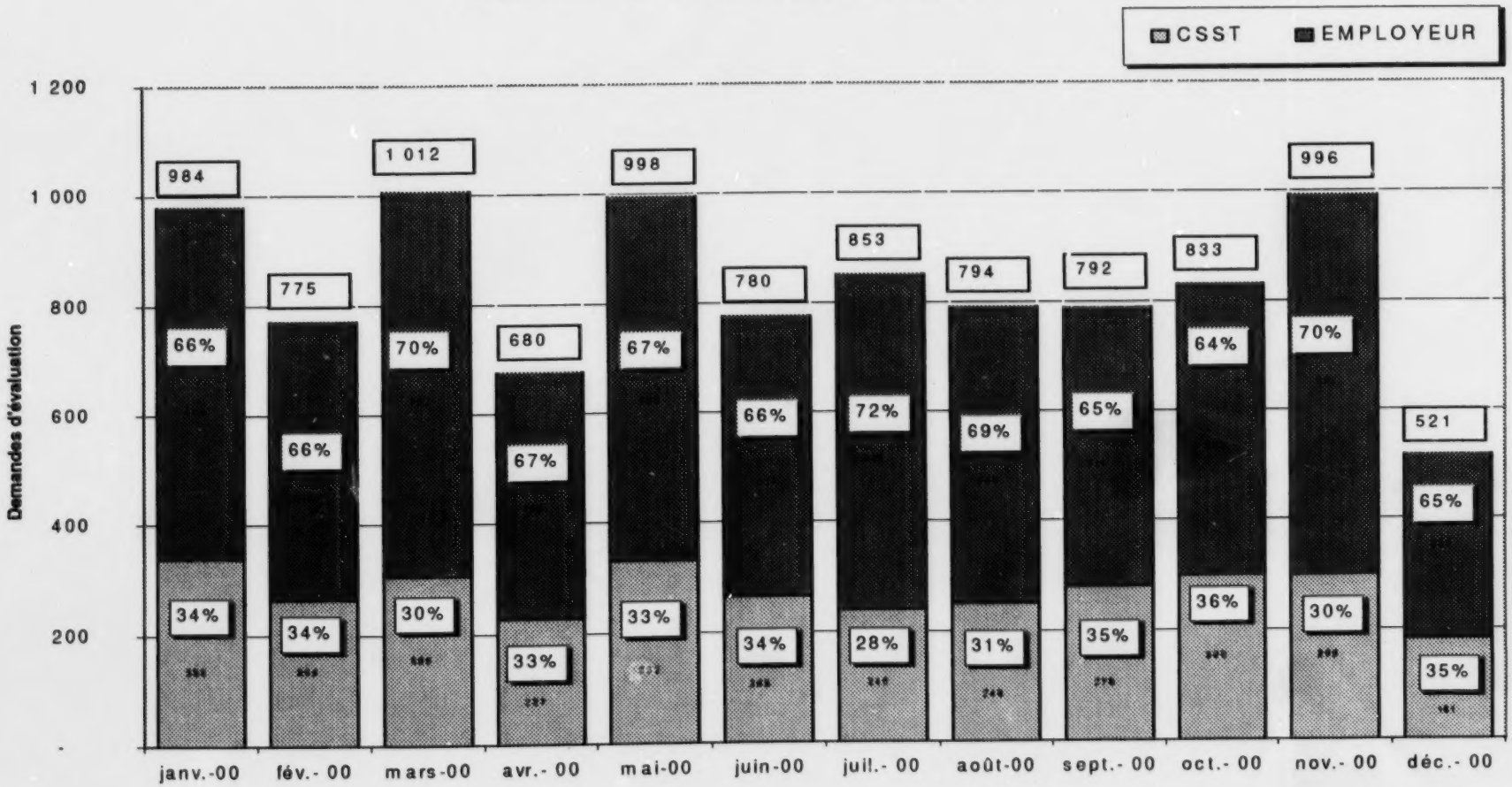
En 2000, il y a eu 790 demandes de plus que l'année précédente avec, à quatre reprises, des mois d'environ 1 000 demandes entrecoupées de certains mois comptant environ 700 demandes.

Considérant qu'en moyenne les membres offrent des disponibilités pour répondre à 750 demandes mensuellement (9 000/12 en 1999), lorsqu'il y a quatre mois avec environ 1 000 demandes à traiter, ces 250 dossiers supplémentaires par mois doivent être assignés à des membres qui sont disponibles, si le BEM veut maintenir des délais opérationnels acceptables.

En plus des fluctuations mensuelles, en 1998 et 2000, la direction du BEM a été confrontée à des variations annuelles, telles qu'illustrées au tableau 1. Cela ajoute à la difficulté de gérer les disponibilités des membres et de prévoir les besoins du BEM afin de planifier l'ajout de professionnels de la santé.

Répartition des demandes d'évaluation selon le demandeur en 2000

Graphique 2



Contraintes liées à l'établissement de la liste des membres (ordres professionnels et CCTM)

Le processus qui conduit à l'établissement de la liste des membres du BEM s'effectue sur une base annuelle :

- le CCTM a le mandat de dresser, annuellement, une liste des professionnels de la santé qui acceptent d'agir à titre de membres du BEM;
- le CCTM est tenu de solliciter les recommandations des ordres professionnels concernés pour établir cette liste, qui doit ensuite être soumise au ministre avant le 15 mars;
- dans le cadre de ce processus, la direction du Bureau fait connaître ses besoins au CCTM et présente, le cas échéant, les noms des candidats potentiels qui ont signifié leur intérêt à agir à titre de membres du BEM;
- toutefois, les ordres professionnels concernés ou le CCTM peuvent ne pas retenir les candidatures présentées par le BEM, en vertu des critères qu'ils utilisent pour les guider dans leur choix (par exemple, les professionnels de la santé doivent être impartiaux et faire l'unanimité au sein du Conseil).

La loi prévoit aussi que le ministre peut ajouter à cette liste le nom d'autres professionnels de la santé :

- ainsi, en cours d'année, le Bureau peut présenter au CCTM la candidature de professionnels de la santé pour répondre à des besoins urgents;
- cependant, même en situation d'urgence, dans le cadre du processus d'établissement de la liste tel que décrit plus haut, il faut compter environ quatre mois pour inscrire le nom de nouveaux membres sur la liste.

Contraintes liées à la sollicitation de nouvelles candidatures

Comme 96 % des demandes d'évaluation concernent les problèmes musculo-squelettiques, la direction du BEM recherche, dans ces différentes spécialités médicales et chirurgicales, des candidats qui possèdent une expertise générale et diversifiée.

Elle recherche également, pour répondre à des besoins particuliers, des candidats qui possèdent une expertise dans un domaine spécifique : par exemple, des plasticiens avec une expérience dans les problèmes de la main ou des orthopédistes avec une expérience en chirurgie du membre supérieur ou de la colonne lombaire.

Lorsque la direction du BEM sollicite un professionnel de la santé pour agir à titre de membre, celui-ci s'engage à cesser de faire, le cas échéant, des expertises médicales pour le compte de la CSST, des employeurs ou des syndicats. Ainsi, en dehors des activités reliées au traitement de ses propres patients, le membre du BEM a souvent une pratique en expertise presque exclusivement dédiée au BEM et à la Société de l'assurance automobile du Québec.

En somme, ces exigences restreignent le bassin des professionnels de la santé dans lequel la direction du BEM peut solliciter de nouvelles candidatures pour répondre à ses besoins.

Constat

En l'an 2000, les disponibilités des nouveaux membres devaient nous permettre de traiter 800 dossiers de plus que l'année précédente. Cependant, trois membres ont eu des absences prolongées ou ont quitté durant l'année, ce qui les a empêchés de traiter, selon leurs disponibilités habituelles, environ 550 dossiers. Cela a créé une surcharge de travail.

Par ailleurs, il y a eu 790 demandes additionnelles à traiter par rapport à l'année précédente. Dans les circonstances, les membres qui ont pu accorder des disponibilités additionnelles sont ceux qui ont une pratique médicale moins intense. Cinq membres ont ainsi produit plus de 405 avis en l'an 2000.

Avec 80 membres, le BEM a produit 9 327 avis et n'a pu éviter que des membres produisent plus de 405 avis par année. La direction a néanmoins décidé de maintenir cet objectif en cherchant les meilleurs moyens pour composer avec les fluctuations de la demande, les départs et absences imprévus et les contraintes liées à l'ajout de professionnels de la santé sur la liste des membres.

Advenant que la hausse des demandes d'évaluation médicale persiste au cours des prochains mois, la direction du BEM sollicitera des disponibilités additionnelles auprès des membres actuels et de nouvelles candidatures qu'elle soumettra au CCTM.

4.2 Implanter une grille d'évaluation des avis des membres

En 1998, le BEM a amélioré son programme de contrôle de la qualité des avis des membres et a élaboré une nouvelle grille d'évaluation. Cette dernière permet d'évaluer si le membre a disposé des éléments essentiels et pertinents du dossier, s'il a discuté de la position des intervenants, s'il a bien motivé son avis et si cet avis est conforme sur le plan médico-légal.

Le BEM a fait appel à des ressources externes, en l'occurrence à deux médecins évaluateurs, pour procéder à l'analyse du plus grand nombre d'avis possible.

À la suite de l'évaluation des avis, les résultats sont transmis au membre et sont discutés avec lui; des correctifs sont suggérés ou une formation individuelle est donnée, au besoin.

En 1999, nous avons évalué quinze avis concernant cinq membres et, au cours de l'année 2000, 83 avis concernant 25 membres.

L'objectif est d'évaluer les avis de chacun des membres sur une période de deux ans, en utilisant en partie les avis du BEM qui ont fait l'objet de décisions de la CLP.

Au cours de ce processus, la collaboration des membres a été très bonne et ces derniers ont démontré un grand intérêt à améliorer la qualité de leurs avis.

4.3 Implanter un mécanisme de rétro-information pour les membres du BEM à la suite des décisions prises par la CLP

Dans le but d'informer les membres du BEM sur les avis qui ont fait l'objet de décisions à la CLP, toutes les décisions rendues par la CLP au cours de la période de quinze mois, comprise entre juillet 1999 et septembre 2000, ont été analysées.

On a remis aux membres les décisions qui sont les plus riches d'enseignements. Par exemple, lorsqu'un membre n'a pas bien évalué l'aggravation d'une condition antérieure et que la règle du « crâne fragile » s'applique, nous lui soumettons son avis et la décision de la CLP, pour qu'il puisse apprécier comment cette notion est discutée au regard de l'application de la loi.

Des décisions de la CLP, comportant des analyses détaillées de notions médico-légales d'intérêt général, ont aussi été remises à l'ensemble des membres. Ces derniers ont ainsi pu apprécier la façon dont les problèmes médicaux sont abordés par le tribunal administratif.

La direction a l'intention de poursuivre l'analyse des décisions de la CLP et de remettre les décisions d'intérêt aux membres concernés ou à l'ensemble des membres.

4.4 Élaborer un programme de formation continue pour les membres afin d'améliorer la qualité de leurs avis

Des séances de formation sont données aux membres au rythme de deux par année et le taux de participation est de plus de 90 %.

En 1998 et 1999, les formations ont porté sur l'évaluation de la main et du poignet, de l'épaule et du coude, de la colonne cervicale et de la colonne lombaire. Un médecin membre du Tribunal administratif du Québec, possédant aussi une expérience à titre de médecin assesseur à la CALP, a été invité à présenter un exposé sur « la force probante de l'expertise médicale ».

En l'an 2000, les membres, lors d'ateliers tenus à Québec et Montréal, ont élaboré le *Guide de réflexion sur le pouvoir discrétionnaire des membres du BEM*, pouvoir qui leur est conféré en vertu du deuxième alinéa de l'article 221 de la LATMP.

À l'automne 2000, en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, le BEM a dispensé sous forme d'atelier, une formation portant sur les façons d'aborder un dossier pour bien identifier un litige et bien disposer du ou des diagnostics posés par les différents professionnels de la santé, selon le cas. Le programme de formation a été approuvé pour trois heures de crédits I de formation par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et a été suivi par tous les membres concernés.

En 2001, on projette de monter un atelier pour aider les membres à mieux disposer du diagnostic de hernie discale par rapport à une entorse.

4.5 Améliorer les rapports humains entre les médecins experts et les travailleurs et travailleuses accidentés

À la suite de la commission parlementaire précédant l'adoption du projet de loi n° 79, le Bureau a rappelé aux membres les principes qui doivent guider le médecin en tant qu'expert, tels que ceux-ci ont été édictés dans le guide *Le médecin en tant qu'expert*, publié en janvier 1997 par le Collège des médecins du Québec. Ce guide, remis à tous les médecins du Québec, souligne à ceux qui font de l'expertise que « le respect de la dignité humaine et des principes éthiques les plus élevés font partie de ses obligations ».

Questionnaire sur la satisfaction de la clientèle

Au cours de l'automne 1999, la direction a élaboré, avec la collaboration des membres, un *Questionnaire de satisfaction de la clientèle* afin de mieux connaître le degré de satisfaction des travailleurs et travailleuses par rapport au processus d'évaluation médicale au BEM[12].

[12] Voir le questionnaire à l'annexe I.

Sur une période de quatre mois, les réceptionnistes des bureaux de Montréal et de Québec ont remis ce questionnaire aux travailleurs et aux travailleuses, et ceux-ci l'ont rempli sur une base volontaire. Ils devaient le compléter après leur évaluation par le membre du BEM et le remettre au comptoir d'accueil avant de quitter nos bureaux.

Nous avons recueilli les réponses auprès de 1 006 travailleurs. Voici les principaux résultats de l'analyse de ces questionnaires.

- **Information par la CSST (question 1)**

Un pourcentage important de travailleurs (39 %) a rapporté que la CSST ne les avait pas avisés qu'une demande d'évaluation avait été transmise au BEM.

La CSST a été informée de cet état de fait et un dépliant expliquant le processus qui amène la CSST à faire une demande d'évaluation au BEM est en préparation.

- **Accueil et information de la part du personnel (questions 2 à 7)**

Le taux de satisfaction des travailleurs ou des travailleuses envers notre service d'accueil est de 98,9 % (question 6).

Le taux de satisfaction concernant la qualité de l'information fournie au travailleur ou à la travailleuse par le personnel du BEM, avant son rendez-vous, est de 84 %.

- **Attitude et comportement des membres lors de l'accueil des travailleurs (questions 8 à 10)**

Le taux de satisfaction concernant les aspects traités dans ces questions est de plus de 80 %.

- **Perception des travailleurs sur la qualité de l'examen (questions 11 à 15)**

Le degré de satisfaction concernant le respect et l'attention accordée par le membre au travailleur (question 12) est de 92 %.

Par ailleurs, les taux de satisfaction concernant la durée et la qualité de l'examen sont respectivement de 72 % et de 82 %.

- **Attitude et comportement des membres lors de l'examen (questions 16 à 18)**

Les travailleurs ont exprimé des taux de satisfaction de 92 % et 91,2 % aux questions 16 et 18 portant sur les aspects douloureux de l'examen et les paroles ou gestes disgracieux et agressifs du médecin. Cependant, la question 16 ne permettait pas de faire la distinction entre un examen brusque inadmissible et un examen qui peut causer des douleurs temporaires, mais néanmoins acceptables.

À la question 17, 3 % des travailleurs ont indiqué que leur intimité n'avait pas été suffisamment respectée. La section « Commentaires » du questionnaire n'a pas apporté d'éclairage sur ces aspects.

- **Section « Commentaires » du questionnaire**

En terminant, 197 répondants ont apprécié l'accueil chaleureux et courtois du personnel du BEM ainsi que l'attitude respectueuse et compréhensive manifestée par les médecins.

Par ailleurs, 137 répondants ont reproché aux membres leur manque d'écoute, leur absence d'objectivité et le fait d'avoir ressenti des douleurs lors de l'examen.

Les membres ont été informés de ces résultats, ce qui les a sensibilisés aux préoccupations des travailleurs et des travailleuses. Les membres ont notamment convenu d'aviser les travailleurs, avant le début de l'examen, de la possibilité de leur causer des malaises temporaires lors de manœuvres utilisées pour l'évaluation médicale.

La direction, en collaboration avec les membres du BEM, a élaboré un nouveau questionnaire qui sera utilisé au cours de l'année 2001, pour évaluer les aspects douloureux des manœuvres effectuées au cours de l'examen. Ceci pourra permettre, entre autres, de clarifier les ambiguïtés relevées dans le premier questionnaire et de sensibiliser les membres et les travailleurs et travailleuses à la problématique de la douleur.

4.6 Prévoir l'utilisation de centres médicaux spécialisés pour déterminer dans certains cas les déficits anatomo-physiologiques sérieux et les limitations fonctionnelles

Dans les cas mentionnés en rubrique, la CSST, de son propre chef ou à la demande du médecin qui a charge du travailleur, peut demander une évaluation auprès de centres médicaux spécialisés. En pareille éventualité, elle transmet les résultats de cette évaluation au BEM. Le membre du BEM a alors une information plus substantielle à apprécier.

Pour sa part, le BEM n'a pas utilisé cette mesure, car en fait, un membre ne peut que suggérer au médecin qui a charge du travailleur de demander à la CSST de procéder à une évaluation en milieu spécialisé.

Cependant, l'assignation de ces dossiers à des comités ou à des professionnels de la santé possédant une expertise dans un champ spécialisé a permis de gérer adéquatement ce genre de problèmes.

4.7 Développer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs concernant l'évaluation des membres du BEM et le Bureau lui-même comme organisme

Évaluation des avis (grille d'évaluation)

Le processus d'évaluation à l'aide d'une grille standard permet de comparer les avis des membres et de voir si la qualité des avis évalués s'améliore d'une fois à l'autre, si le membre a pris bonne note des faiblesses signalées, s'il a procédé aux améliorations souhaitées et si les formations données ont été efficaces.

Analyse des demandes d'avis complémentaires

Lorsqu'un avis comporte des imprécisions ou des erreurs matérielles, la CSST peut demander au membre du BEM un avis complémentaire pour apporter les corrections pertinentes.

Nous avons procédé à une analyse systématique de tous les avis complémentaires demandés dans les dossiers de 1999. Au cours de cette période, les membres du BEM ont dû apporter des corrections ou des précisions à 535 des 8 900 avis produits.

De ce nombre, la responsabilité de 327 d'entre eux était imputable aux membres du BEM, ce qui représente 3,7 % des avis produits par les membres cette année-là.

En général, il s'agit d'imprécisions concernant le diagnostic, le barème des dommages corporels et les limitations fonctionnelles.

Dans les autres cas, les membres devaient produire des avis complémentaires à la suite de nouvelles informations versées au dossier par la CSST ou après l'obtention de résultats d'investigations supplémentaires suggérées au médecin qui a charge du travailleur par le membre du BEM.

La direction a remis à chaque membre concerné une fiche personnelle et a révisé certains dossiers avec eux. Pour l'année 2000, elle leur a fixé comme objectif de réduire, en moyenne de 10 %, le nombre d'avis complémentaires dont ils sont imputables.

Analyse des décisions de la CLP

Avis contestés

Entre octobre 1998 et septembre 2000, la CLP a rendu des décisions concernant 1 657 avis du BEM :

- 58,5 % de ces avis ont été maintenus,
- 17,9 % ont été maintenus ou infirmés en partie,
- 23,6 % ont été infirmés.

Selon l'année de production de l'avis par le membre du BEM, les avis se sont répartis comme suit :

Avant 1997	1997	1998	1999	2000
303	455	606	281	12

En 1998, par exemple, le BEM a produit 7 535 avis. En date du 30 septembre 2000, 606 avis du BEM avaient fait l'objet d'une décision rendue par la CLP, soit 8 % des avis produits en 1998.

Il faut, toutefois, interpréter ces statistiques avec prudence. D'une part, le taux de contestation peut varier en fonction de certaines variables comme le niveau d'emploi, le climat général des relations du travail, etc.

D'autre part, indépendamment de la qualité de l'avis du BEM, la proportion des avis renversés peut dépendre de différents éléments dont : la qualité de la preuve présentée au tribunal, avec présence de témoins et d'experts; la force probante accordée par le tribunal au médecin qui a charge du travailleur et qui l'a suivi de façon régulière; la présentation d'éléments de preuve inconnus lors de l'évaluation médicale au BEM; une condition du travailleur plus facile à apprécier à cause du passage du temps, de la présentation d'expertises additionnelles, de la poursuite de l'investigation ou d'une intervention chirurgicale, etc.

Enfin, il faut bien considérer qu'à la différence du tribunal, l'expert médical émet une opinion en fonction de critères scientifiques et de normes médicales et non en fonction d'une prépondérance de preuves.

Avis infirmés

Les décisions de la CLP rendues entre juillet 1999 et septembre 2000 portant sur 1 124 avis du BEM ont fait l'objet d'une analyse plus approfondie.

D'une part, les résultats de cette analyse faite en fonction des différents sujets de l'article 212 de la LATMP n'ont pas démontré d'écart suffisamment significatif pour permettre d'identifier des problèmes spécifiques. Les taux de contestations de même que le pourcentage de sujets maintenus montrent peu de variations[13].

D'autre part, les résultats du maintien des avis pris globalement montrent une progression de 56 % à 59 % des avis produits entre 1997, 1998 et 1999[14].

Cependant, le BEM désirait surtout identifier les causes expliquant le renversement des avis des membres par la CLP, afin de les prendre en considération pour établir le programme de formation des membres et pour faire de la rétro-information auprès des membres concernés par les décisions.

L'analyse de la qualité des 460 avis infirmés au cours de cette période a permis de constater que, abstraction faite des décisions de la CLP, 57,2 % de ces avis ont été jugés déficients en fonction des critères suivants :

- avis insuffisamment motivé (37,8 %),
- diagnostic incorrect (22,8 %),
- mauvaise appréciation du litige (18,0 %),
- examen incomplet (7,0 %),
- éléments de discordance (7,0 %),
- mauvaise utilisation du barème (3,0 %),
- mauvaise appréciation de la condition antérieure du travailleur (2,8 %)[15].

---

[13] Voir le tableau 3 à l'annexe II.
[14] Voir le tableau 4 à l'annexe III.
[15] Plus d'une raison de mauvaise qualité peuvent se retrouver dans le même avis.

Par ailleurs, 42,8 % des avis du BEM infirmés ont été jugés de bonne qualité. Ils ont été infirmés pour des raisons administratives dans 20,2 % des cas : par exemple, lorsque la CLP considère que la lésion du travailleur doit être appréciée en fonction d'une récidive, rechute ou aggravation (RRA), plutôt que d'un nouvel événement, tel qu'il était indiqué sur la demande d'évaluation médicale transmise au BEM. Ceci peut faire en sorte qu'un avis du BEM de bonne qualité soit infirmé par la CLP. Dans 31,1 % des avis de BEM infirmés, il y avait des éléments de preuve pertinents qui étaient inconnus du membre du BEM lors de son évaluation médicale.

Selon l'année où l'avis du BEM a été produit, le pourcentage d'avis infirmés imputable aux membres en raison de leur mauvaise qualité diminue progressivement :

- 63,7 % en 1997,
- 55,9 % en 1998,
- 47,4 % en 1999.

Ces constatations permettent de croire que les ateliers de formation mis en place par la direction du BEM depuis 1996, portant notamment sur l'importance de produire des avis mieux motivés, a porté fruit : il en est résulté des avis d'une meilleure qualité.

Cette analyse nous a en outre permis de cibler une autre formation sur la nécessité pour les membres de mieux disposer du diagnostic : cette formation a eu lieu à l'automne 2000.

Indicateurs de délais opérationnels moyens

Le délai opérationnel est le nombre de jours qui s'écoulent entre la date de réception du dossier au BEM et la date de transmission de l'avis du membre, à la CSST, aux parties et aux professionnels de la santé concernés. Ce délai est tributaire des disponibilités fournies par les membres du BEM et de la capacité du personnel à produire les avis.

La direction du BEM s'était fixé comme objectif pour l'année 2000 de ramener ce délai à moins de dix-huit jours.

Tableau 2

Délai opérationnel moyen de traitement et nombre de demandes de 1994 à 2000

Année	Nombre de demandes	Délai moyen de traitement (nombre de jours)
1994	8 217	18,5
1995	8 313	16,6
1996	9 119	16,9
1997	9 044	19,3
1998	7 788[16]	18,5
1999	9 228	18,3
2000	10 018	19,2

Cependant, l'augmentation des demandes d'évaluation médicale, l'impossibilité pour les membres d'accorder rapidement des disponibilités supplémentaires et les difficultés importantes de recrutement de personnel dans le contexte de la tenue des concours réservés pour le personnel occasionnel nous ont empêché d'atteindre cet objectif.

4.8 Définir des critères d'assignation des dossiers aux membres du BEM

Les dossiers sont assignés aux membres en tenant compte de la spécialité la plus pertinente par rapport à la lésion du travailleur ainsi que la disponibilité des membres.

Depuis 1998, les dossiers qui présentent un niveau de difficulté supérieur sont maintenant assignés à des membres possédant une expertise dans le champ spécialisé concerné (ex. : dossier concernant une lésion complexe de l'épaule assigné à un membre qui a développé une expertise reconnue dans ce domaine, etc.).

Le dossier d'un travailleur ou d'une travailleuse qui présente différentes lésions sera assigné à autant de membres qu'il y a de spécialités concernées. Par exemple, le dossier d'un travailleur ou d'une travailleuse victime de lésion cérébrale et d'une fracture à la jambe sera assigné à un neurologue et à un orthopédiste qui procéderont chacun à leur évaluation et produiront des avis distincts. Dans la majorité des cas, ces évaluations seront faites au cours de la même journée.

[16] Lors de l'entrée en vigueur des modifications à la loi, la procédure pour obtenir le rapport complémentaire du médecin qui a charge du travailleur a reporté de 30 jours les demandes d'avis au BEM. Cela explique partiellement la réduction des demandes en 1998.

Lorsque des lésions concernent plus d'une spécialité médicale et ont une interaction entre elles, l'article 218 de la LATMP permet d'assigner ce genre de dossier à plus d'un membre. Par exemple, l'évaluation d'un travailleur ou d'une travailleuse victime d'un traumatisme crânien sévère, qui entraîne des séquelles sur le plan neurologique et psychiatrique, pourrait être confiée à un comité constitué d'un neurologue et d'un psychiatre pour s'assurer de mieux préciser les séquelles et les limitations fonctionnelles.

Cependant, ce genre de dossier n'est pas fréquemment porté à l'attention du BEM. L'assignation en comité représente moins de vingt dossiers par année.

Cette gestion de l'assignation, adaptée à la réalité, permet d'améliorer la qualité de nos services.

Résumé

Tout compte fait, l'évaluation de la qualité des avis des membres du BEM à l'aide de la grille d'évaluation, la remise aux membres des décisions rendues par la CLP concernant leurs avis, l'amélioration du programme de formation continue destiné aux membres et une meilleure gestion de l'assignation aux membres des demandes d'évaluation sont quatre mesures administratives qui ont été privilégiées pour améliorer la qualité des avis des membres du BEM.

Étant donné que l'utilisation de centres médicaux spécialisés n'est pas du ressort du BEM, celui-ci a privilégié l'assignation des cas complexes à des membres ayant une expertise dans un champ spécialisé ou à des comités.

Par ailleurs, la direction a sensibilisé les membres à l'amélioration des rapports humains entre les membres et les travailleurs. Les membres ont collaboré avec la direction à l'élaboration de deux questionnaires. Les résultats du premier leur ont été remis et le second sera utilisé au cours de l'année 2001.

Le BEM s'était fixé comme objectif que des membres ne produisent pas plus de 405 avis par année. Les contraintes liées aux fluctuations des demandes d'évaluation, aux départs ou à l'absence prolongée de membres, et à la difficulté d'ajouter de nouveaux membres sur la liste ont empêché le BEM d'atteindre cet objectif au cours des dernières années.

Enfin, le BEM a aussi développé des indicateurs pour mesurer la qualité des avis des membres ou son fonctionnement : des indicateurs concernant le taux de confirmation ou d'infirmation des avis qui ont fait l'objet de décisions rendues par la CLP, la qualité des avis produits au cours des dernières années et les délais de traitement de ces avis.

5. Plan stratégique

Pour l'année 2000, le BEM a mis en place un plan stratégique qui s'intègre au plan du ministère du Travail pour la période s'étendant de l'an 2001 à l'année 2003.

C'est en s'inspirant des mesures administratives mises en place en 1997 que le BEM a établi son plan d'action, fixé ses objectifs et poursuivi ou développé les mesures nécessaires pour les réaliser.

Objectif n° 1 : améliorer la qualité des avis produits par les membres du BEM

La direction du BEM veut atteindre un haut niveau de qualité des avis des membres, et à cette fin, a adopté les mesures suivantes :

- poursuivre le programme de contrôle de la qualité des avis des membres par les médecins-conseils,
- poursuivre l'analyse des décisions de la CLP en vue de faire une rétro-information,
- poursuivre l'analyse des avis complémentaires demandés par la CSST à nos membres pour apporter des précisions ou des corrections à leurs avis et rétroagir auprès des membres,
- maintenir le programme annuel de formation et l'orienter vers les problématiques spécifiques mises en évidence lors de l'analyse des avis, des décisions de la CLP, des avis complémentaires et du questionnaire de satisfaction de la clientèle;
- offrir aux membres des formations individuelles sur des problématiques identifiées lors du programme de contrôle de la qualité des avis.

Objectif n° 2 : optimiser notre efficacité administrative et réduire le délai opérationnel

Le BEM a l'obligation légale de remettre son avis aux parties, à la CSST et aux professionnels de la santé concernés, dans un délai de 30 jours[17].

[17] Le délai légal est calculé à partir de la date d'évaluation du travailleur par le membre du BEM jusqu'à la date de transmission de l'avis aux intervenants concernés.

Le délai opérationnel inclut le délai légal et est calculé à partir de la date de réception du dossier au BEM jusqu'à la date de transmission de l'avis.

Le délai opérationnel moyen est passé de 17 jours en 1997 à 18,5 jours en 1998, à 18,3 en 1999 et à 19,2 jours en l'an 2000.

L'objectif que s'est fixé le BEM dans le cadre du plan stratégique du ministère du Travail est de réduire ce délai à moins de 18 jours d'ici l'année 2004. Cet objectif a été fixé en tenant compte du temps nécessaire pour remédier à la pénurie de personnel de soutien et aux délais qui seront occasionnés lors de l'implantation du nouveau système d'information.

En effet, le BEM, en collaboration avec la CSST, apportera des modifications majeures à son système d'information. Ces modifications vont réduire le temps consacré au traitement et à la transmission des informations et permettre au BEM une meilleure planification de ses activités.

De plus, selon ses besoins, la direction du BEM présentera de nouvelles candidatures au CCTM et procédera au recrutement de personnel de soutien pour répondre à ses besoins.

Objectif n° 3 : élargir nos pratiques de communications

La direction considère qu'il faut être davantage présent auprès de nos principaux clients. Elle a l'intention de les renseigner sur les moyens mis en place pour améliorer la qualité de nos services et surtout être à l'écoute des besoins de sa clientèle.

Moyens mis de l'avant pour atteindre l'objectif :

- rencontrer et diffuser de l'information auprès des intervenants en santé et sécurité au travail, soit la CSST, le CCTM et les associations d'employeurs et de travailleurs,

- être à l'affût de méthodes utilisées au Canada ou ailleurs dans le domaine de l'expertise médicale en santé et sécurité au travail et en informer les membres en vue d'assurer un meilleur service aux travailleurs et employeurs.

6. Conclusion

Au cours des dernières années, le personnel de soutien, dans des conditions rendues difficiles à cause d'une surcharge de travail, a fourni des efforts louables pour tenter d'atteindre nos objectifs. Pour leur part, les membres ont répondu positivement aux mesures administratives mises en place par la direction pour améliorer la qualité de leurs avis. De son côté, la direction a modifié, bonifié et privilégié les mesures les plus susceptibles d'améliorer son fonctionnement.

La direction du BEM est consciente du rôle important qui lui est dévolu par la loi. Les mesures mises en place ont produit des effets bénéfiques et la direction entend continuer à améliorer son fonctionnement. À l'intérieur du plan stratégique du ministère du Travail, la direction du BEM a exposé les moyens qu'elle utilisera pour atteindre les objectifs qu'elle s'est fixés. Elle demeure à l'écoute de ses clientèles et est disponible pour les rencontrer afin de répondre le mieux possible à leur besoin.

ANNEXES

ANNEXE I

RÉSULTATS
QUESTIONNAIRE « SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE »

1- La C.S.S.T. vous a-t-elle expliqué pourquoi votre dossier est transmis au Bureau d'évaluation médicale ?

Oui	Non	Pas de réponse
606 (60 %)	388 (39 %)	12 (1 %)

2- Lorsque la personne du Bureau d'évaluation médicale a communiqué avec vous, les informations données étaient-elles claires ?

Oui	Non	Pas de réponse
841 (84 %)	132 (13 %)	33 (3 %)

3- Est-ce que notre dépliant « Le Bureau d'évaluation médicale ...en questions et réponses » vous a été utile ?

Oui	Non	Un peu	Pas de réponse
601 (60 %)	95 (9 %)	239 (24 %)	71 (7 %)

4- La documentation reçue avec la convocation écrite vous a-t-elle été utile ?

Oui	Non	Passable	Pas de réponse
777 (77 %)	73 (7 %)	108 (11 %)	46 (5 %)

5- Avez-vous eu de la difficulté à vous rendre à notre bureau ?

Oui	Non	Passable	Pas de réponse
103 (10 %)	795 (79 %)	80 (8 %)	28 (3 %)

	Oui	Non	Ne s'applique pas
À stationner	197 (20%)	645 (64%)	164 (16%)

	Oui	Non	Pas de réponse
À trouver le local	74 (7 %)	805 (80 %)	127 (13 %)

6- Avez-vous été bien accueilli(e) et informé(e) par la réceptionniste ?

Oui	Non	Pas de réponse
983 (98.9 %)	13 (1 %)	10 (.1 %)

7- Nos locaux vous semblent-ils adéquats ?

	Oui	Non	Pas de réponse
Salle d'attente	980 (97 %)	16 (2 %)	11 (1 %)
Salle d'examen	657 (65 %)	51 (5 %)	298 (30 %)

8- A-t-on respecté l'heure fixée de votre rendez-vous ?

Oui	838 (83 %)	Non	144 (14 %)	Pas de réponse	24 (3 %)

Si vous dites non. Quelle fut la durée d'attente ? ENTRE 10 ET 45 MIN

9- Le médecin du Bureau d'évaluation médicale s'est-il présenté (son nom, sa spécialité) ?

Oui	861 (86 %)	Non	82 (8 %)	Je ne me souviens pas	37 (4 %)	Pas de réponse	26 (2 %)

10- Le médecin - membre du Bureau d'évaluation médicale - vous a-t-il expliqué le but de son évaluation ?

Oui	834 (83 %)	Non	101 (10 %)	Pas clairement	41 (4 %)	Pas de réponse	30 (3 %)

11- La durée de l'évaluation a-t-elle été suffisante pour analyser votre problème adéquatement ?

Oui	824 (82 %)	Trop courte	140 (14 %)	Trop longue	5 (1 %)	Pas de réponse	37 (3 %)

12- Le médecin a-t-il été courtois, respectueux et attentif ?

Oui	929 (92 %)	Pas assez	49 (5 %)	Pas du tout	8 (1 %)	Pas de réponse	20 (2 %)

13- Le médecin vous a-t-il laissé la chance d'exprimer votre version des faits, ce que vous ressentez ?

Oui	827 (82 %)	Pas assez	118 (12 %)	Pas du tout	21 (3 %)	Pas de réponse	26 (3 %)

14- Le médecin vous a-t-il bien expliqué le sens de ses questions et les raisons des manœuvres exécutées lors de l'examen ?

Oui	716 (71 %)	Pas assez	153 (15 %)	Pas du tout	100 (10 %)	Pas de réponse	37 (4 %)

15- L'examen physique auquel le médecin vous a soumis était-il assez complet pour bien évaluer votre problème ?

Oui	734 (73 %)	Trop limité	199 (20 %)	Trop long et compliqué	9 (1 %)	Pas de réponse	64 (6 %)

16- L'examen physique auquel le médecin vous a soumis était-il fait assez lentement et en douceur ?

(N.B.Certaines douleurs temporaires sont normales lorsqu'on examine une lésion)

Oui	885 (88 %)	Pas assez	59 (6 %)	Très brusque et douloureux	20 (2 %)	Pas de réponse	42 (4 %)

17- Votre intimité (pudeur) a-t-elle été respectée suffisamment ?

Oui	943 (94 %)	Pas assez	20 (2 %)	Je me suis senti(e)très gêné(e)	11 (1 %)	Pas de réponse	32 (3 %)		

18- Le médecin a-t-il dit des paroles ou posé des gestes agressifs ou disgracieux ?

Oui	77 (8 %)	Un peu	15 (1 %)	Oui, inacceptables	2	Non	883 (88 %)	Pas de réponse	29 (3 %)

==========

LES RÉSULTATS DES COMMENTAIRES POSITIFS SE RÉSUMENT COMME SUIT :

197 RÉPONDANTS

Félicitations à toute l'équipe et de façon spéciale à Mme Dallaire

Les médecins sont compréhensifs et respectueux

L'accueil est chaleureux et courtois

LES RÉSULTATS DES COMMENTAIRES NÉGATIFS SE RÉSUMENT COMME SUIT :

137 RÉPONDANTS :

- **Manque d'écoute**
- **Examen douloureux**
- **Médecin pas objectif**
- **Jaquettes en tissu seraient mieux**

- **AUTRES**
- **Insatisfaction vis-à-vis la C.S.S.T.**
- **Plan mal fait**
- **Période de stationnement trop courte**

Tableau 3

Répartition de 1124 avis du BEM en fonction des sujets de l'art. 212 de la LATMP selon les décisions rendues par la CLP[1]

Sujets de l'art. 212	Sujets confirmés/Sujets contestés											
	<97			1997			1998			1999		
	Nb[2]	Sur[3]	%	Nb[2]	Sur[3]	%	Nb[2]	Sur[3]	%	Nb[2]	Sur[3]	%
1- Diagnostic	61	84	73%	92	129	71%	203	274	74%	107	136	79%
2- Consolidation	62	85	73%	111	167	66%	203	286	71%	103	140	74%
3- Traitements	49	64	77%	85	124	69%	162	227	71%	97	127	76%
4- APIPP	53	72	74%	107	161	66%	185	262	71%	129	178	72%
5- Limitations	55	72	76%	107	160	67%	188	258	73%	125	180	69%
	280	**377**	**74%**	**502**	**741**	**68%**	**941**	**1307**	**72%**	**561**	**761**	**74%**

[1] Décisions de la CLP rendues entre le 1er juillet 1999 et le 30 septembre 2000.
[2] Nombre de décisions de la CLP où l'avis du BEM a été **confirmé** sur un point donné.
[3] Nombre de décisions de la CLP où l'avis du BEM était **contesté** sur un point donné.

N.B. Un avis peut être contesté, confirmé ou infirmé sur un ou plusieurs des 5 points de l'art. 212

Tableau 4

Répartition de 1124 avis du BEM selon les décisions rendues par la CLP[1]

Année de l'avis

	[illegible]		1997		1998		1999		TOTAL
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	
BEM confirmé[2]	89	67%	146	56%	266	59%	166	59%	**667**
BEM confirmé en partie[3]	20	15%	51	20%	85	19%	55	20%	**211**
BEM infirmé[4]	24	18%	62	24%	101	22%	59	21%	**246**
	133		**259**		**452**		**280**		**1124**

[1] Décisions de la CLP rendues entre le 1er juillet 1999 et le 30 septembre 2000.

[2] Nombre d'avis du BEM confirmés par la CLP sur tous les sujets de l'article 212 qui étaient contestés.

[3] Nombre d'avis du BEM confirmés par la CLP sur certains sujets de l'article 212 qui étaient contestés et infirmés sur d'autres.

[4] Nombre d'avis du BEM infirmés par la CLP sur tous les sujets de l'article 212 qui étaient contestés.